1922

JUN 19 1923

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

HANS HÖLAND,
aus Osendorf (Saalkreis).

Halle a. S. 1922.

Beitrag zur abdominalen Operationsmethode der hohen Blasen-Zervix-Scheidenfistel.

An der Universitätsfrauenklinik zu Halle a. S. kamen im Jahre 1918 zwei Genitalfisteln zur Operation, die infolge ihrer schwer zugänglichen Lage nicht von der Scheide aus angegriffen werden konnten, sondern bei denen die abdominale Methode zur Anwendung kam. Im ersten Falle wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle die Blase abpräpariert, das vordere Scheidengewölbe eröffnet und die Fistel nach ihrer Umschneidung geschlossen. Der Erfolg war in 20 Tagen ein vollkommener. Bei dem 2. Fall fand sich die Fistel auf dem Trigonum Lieutaudi. Die Blase wurde am Blasengrunde eröffnet, die Fistelknolle exzidiert und ihre Ränder durch Catgut-Nähte vereinigt. Anschließend wurde dann die Fistel noch von der vorderen Scheidewand her genäht. Infolge Nekrotisierung verzögerte sich die Heilung, sodaß die Patientin erst nach 8 Wochen kontinent entlassen werden konnte.

Die 2 angeführten Fälle bringen die Beschreibung der 2 abdominalen Operationsmethoden, von denen die eine die unnötige Eröffnung der Blase ablehnt, während die andere den Verschluß der Fistel von der eröffneten Blase aus erreicht.

Für die zweite der angeführten Methoden setzt sich in erster Linie Trendelenburg ein; er betont sie für hoch und versteckt liegende Fisteln, für solche, die in der Umgebung der Harnleiter liegen und sehr große Ausdehnung zeigen. Zur besseren Uebersicht des Operationsfeldes empfiehlt er hierbei die Beckenhochlagerung. Bei der Vernähung sei wegen der Gefahr der Konkrementbildung in der Blase besser von der Scheide aus zu knoten und Catgut zu verwenden. Er läßt ein Drainrohr zur Entfernung des Urins bis zum 10. Tage liegen und spült mit Sublimat- und Höllenstein-Lösungen. Lappentransplantationen von der hinteren Scheidewand her zur Deckung der Fistel ergaben guten Erfolg. Scheinbar unabhängig von Trendelenburg setzt sich Mc. Gill gleichfalls für diese Methode ein, nur empfiehlt er eine längsgerichtete Sectio suprapubica zur Schonung der Mm. recti. Bumm vertritt als erster das Trendelenburg'sche Verfahren, Seidenligaturen lehnt er wegen der Gefahr der Inkrustierung ab. Leopold sah sich wegen großen Blasendefektes gezwungen, eine neue verkleinerte Blase zu schaffen und auf diese Art die Fistel zu schließen; ähnlich ging Buschbeck vor. Bei unmittelbarer Nähe des Ureters wird dieser von Gourwitsch isoliert und neu in die Blase eingepflanzt. Schikele benutzt den Fundus uteri zur Deckung großer Defekte. Maccaggi empfiehlt vor der Operation durch Berieseln mit Bor- oder Salizylsäurelösungen für Keimfreiheit der Blase zu sorgen.

Im Gegensatz zu den bisher angeführten Autoren stehen die, welche eine Eröffnung der Blase als zu eingreifend ablehnen, weil sie zu der schon bestehenden Fistelöffnung eine neue hinzufügt. Witzel gelang es nach zwei vergeblichen vaginalen Operationsversuchen durch Einschneiden in die Plica vesicouterina den Blasendefekt von Scheide und Uterus zu isolieren und nach Anfrischung zu vernähen. Ihnen schließen sich eine Reihe von Chirurgen mit dem Bericht guter Heilerfolge an. Auch hier wird die Deckung großer Blasendefekte mit dem Fundus uteri empfohlen, die Blasenwand kann bei großen Defekten im Fundus vesicae und bei Verlust der Muttermundslippe selbst zur Transplantation herangezogen werden. Auch das Ligament. latum kommt für die Deckung in Frage. Schwierigkeiten bereitet dabei oft die narbige Fixierung der Blase. Bei den von unten unzugänglichen, besonders fest am Knochen sitzenden Fisteln empfiehlt Fritsch eine ventrovaginale Operation, die er in zwei Zeiten ausführt, und zwar soll nach Ablösung des Fistelrandes vom Knochen von der Bauchwunde her die Blasenfistel nach unten gedrückt und nach einigen Tagen die Fistel von unten her geschlossen werden.

Wie die Berichte aus der angeführten Literatur und die in der Klinik operierten Fälle beweisen, haben beide Operationsmethoden ihre Berechtigung und müssen je nach Lage des einzelnen Falles in Anwendung kommen.

O. Johnson, Hohenmölsen.